ROK IX. WRZESIEŃ 1929. Nr. 9 (81)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

Dr. M. KALISZ
Lekarz-dentysta (Łódź).

Słów kilka o t. zw. Dolores post extractionem.

W D. Mschr. f. Zhlk. 1928-1 Lindenbaum omawia sprawę bólów po wyjęciu zęba, zbiera przyczyny i podaje sposóby leczenia.

Choć autor zebrał 104 przypadki, nie uwzględnił wszystkich czynników przyczynowych, a niezbędnych dla całokształtu tego schorzenia.

Jednem z najczęstszych powikłań przy gojeniu ran poekstrakcyjnych, a będących przyczyną bolów, jest **infectio thrombi**. Cechy kliniczne tego schorzenia, występujące najczęściej w ciągu pierwszych 2—3 dni po wyjęciu zęba, są: silne, promieniujące bóle, obrzęk najbliższego i nieco dalszego otoczenia rany, gnilny zapach z ust. Rana sama jest pokryta ciągnącym się nalotem, jest zielonkawo-brunatna i cuchnie.

Przyczyną tego procesu jest zakażenie zakrzepu drobnoustrojami gnilnemi oraz jego rozpad. Drogą naczyń chłonnych infekcja przechodzi na gruczoły podszczękowe, stąd ich obrzęk oraz bolesność—zapalenie gruczołów chłonnych.

Thrombus (zakrzep), ulegając rozpadowi, odslania ściany kostne zębodołu.

Czynniki, powodujące stan zapalny, których nigdy w jamie ustnej nie brak, wywołują zapalenie ścian zębodołu, jednym z objawów zapalenia jest ból. W danym przypadku więc ból jest objawem, towarzyszącym zapaleniu ściany zębodolu, występującemu pośrednio przy rozpadzie zakrzepu, na skutek jego zakażenia.

Niektórzy przypisują ból po wyjęciu zęba znieczuleniu, stosowanemu w postaci zastrzyków. Jest w tem mniemaniu tylko mała cząstka racji. Mianowicie: jeżeli następuje zbyt silna anemizacja tkanek przy nieco większej dawce suprareniny, to nie przychodzi do wypełnienia zębodołu krwią i do tworzenia fizjologicznego zakrzepu, wypełniającego zębodół, i ślina oraz drobnoustroje znów mają dostęp do obnażonej tkanki kostnej zębodołu.

Zdarza się też, że bóle, związane z wyjęciem zęba, nie ustępują w kilka dni po wyjęciu zęba i nie odznaczają się powyższemi cechami. Występują natomiast po kilku tygodniach, nie są samoistne, lecz tylko przy nagryzaniu, czy też dotykaniu brzegów zębodołu i to najczęściej z jednej tylko strony. Brzegi kostne zębodołu po wyjęciu zęba ulegają zanikowi, naskutek zaburzenia w odżywianiu tych tkanek. Proces ten normalnie przebiega równomiernie na całym brzegu kostnym.

Otaczając zębodół, części miękkie, naskutek pomyślniejszych warunków odżywczych, szybciej regenerują. Gdy ta regeneracja części miękkich nastąpi zbyt szybko, szybciej aniżeli zanik brzegu kostnego zębodołu lub gdy uszkodzenie brzegu zębodołu naskutek urazu było nierównomierne, wówczas wystaje w jednem miejscu jakby kolec kostny, pokryty śluzówką. Każdorazowy ucisk przy gryzieniu powoduje wbijanie owego kolca kostnego w śluzówkę i jej ból.

Piśmiennictwo:

Euler. Die Heilung v. Extractionswunden D. M. f. Z. 1923-24.
Meyer W. Die Heilung v. Extractionswunden unter abnormen Verhaltnissen. Z. f. St. 1924/8.

A. MOKRZYCKI
Lekarz-dentysta

Przyczynek do traktowania kanałów korzeniowych. Opatrunki suche względnie z zastosowaniem vioformu.

Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu Tow. Lek.-dent. w dn. 30/XI/1928 r.

Sprawa traktowania i wypełniania kanałów korzeniowych, będąc zagadnieniem, przed którem każdy z nas codziennie stawać musi, jest jeszcze daleką od pomyślnego rozwiązania, — dlatego każda nowa myśl czy próba, ku temu zmierzająca, nie jest bez znaczenia. Tem kie-

rowany, pozwolę sobie podzielić się z Szanownymi Kolegami swemi spostrzeżeniami.

Każde zapalenie miazgi całkowite (pulpitis totalis), nie mówiąc o postaciach powikłanych tegoż, tembardziej zgorzeli miazgi, wywołuje w mniejszym lub większym stopniu podrażnienie lub nawet sprawę zapalną w tkankach okołowierzchołkowych, zwłaszcza wpobliżu głównego i bocznych wylotów korzeniowych. Stan ten może być wywołany przez zarazki, które tam wtargnęly, lub ich jady (toxyny). Każdorazowe nasilenie i rozległość sprawy będą zależały od wywołujących je czynników i odporności tkanek danego osobnika.

Wiemy to dziś najdowodniej, że uległą zapaleniu miazgę musimy z zęba usunąć — inaczej ząb wymiażdżyć, wiemy również, a piszą o tem w swych ostatnich pracach: 1) Schlemmer (Uber die Wurzelfüllung Zeitschrift fur Stomatologie 10. 1927. 2) Hedstrom (Einige Gesichtspunkte zum Problem der Wurzelfüllung Zeitsch. f. Stomat. 11. 1928), że tak zwane wycinanie miazgi (amputatio) daje często wyniki niepomyślne. Pozostawiona w części korzeniowej miazga nie zawsze przeistoczy się w suchy powrózek, częściej przy końcu korzenia pozostanie część miazgi, do której nasze mumifikujące środki nie zdołały przeniknąć, najczęściej z powodu utworzenia się tu strupa, korka przez ścięte przez nie białko. Prawie napewno pozostały tam drobnoustroje. Środek, którym działaliśmy na miazgę przed jej wycięciem, najczęściej arszenik, obniżył żywotność jej tkanek; środki, któremi na nią działaliśmy po wycięciu przyczyniły się do tego w stopniu jeszcze większym, pod wpływem zarazków i wytworzonych przez nie toxyn, rozpad białka, powstające fermenty (zaczyny), nastąpi podrażnienie tkanek otaczających wierzchołek korzenia: przekrwienie, nacieczenie, sprawa zapalna, wkońcu, zamiast spodziewanego zamknięcia się wylotów korzeniowych przez wytworzony wtórny cement, będziemy mieli ziarniniak ze wszelkiemi jego skutkami. Pozostaje doszczętne usunięcie miazgi (exstirpatio) Wszystkie środki, stosowane na miazgę w celu przysposobienia jej do usunięcia, sprowadzają większe lub mniejsze podrażnienia tkanek okołowierzchołkowych przez swe działanie chemiczne. Wyłuszczenie miazgi, dokonane nawet pod znieczuleniem przez zastrzyknięcie środka znieczulającego w okolicy zęba, będzie urazem: wywoła ono zaburzenia w okolicy przywierzchołkowej, krwawienie, wysiąk i zmiany zapalne, jak to wykazali: Bauer (Appositions und Resorptions Vorgängen Zeitsch. für Stomat. 3. 1925) Siegmund und Weber (Patologische Histologie der Mundhöhle) Feldman (Biologische Processe im periapikalen Gewebe nach pulpaexstirpationen und Amputationen—Deutsch. Monats.f. Zah. 4. 1929).

Jeżeli cement wtórny tu nawet się utworzy, to dopiero po uprzedniem przebyciu sprawy zapalnej, zmianach zanikowych w zębinie i kości. Stan rzeczy, jaki zaistnieje po naszym zabiegu, musimy naszem dalszem postępowaniem doprowadzić do tego, by kanały korzeniowe, zaopatrzone przez nas potem wypełnieniem stałem sprowadziły zagojenie się sprawy i nie dawały w przyszłości powikłań.

Niezliczoną ilość razy podnoszono już w piśmiennictwie specjalnem, że środki nasze, stosowane do wyjałowienia kanałów korzeniowych po usunięciu miazgi, są zanadto stężone, za ostre, drażnią ozębną, sprowadzają zmiany zapalne o charakterze przewlekłym, słowem — że więcej wyrządzają szkody, niż przynoszą pożytku. Ostatnio na drodze badań histologicznych wykazał Lüthi (Ueber den Einfluss von Chlorphenol, Phenol, Tricresol-formalin, Albrechtsche Wurzelfüllung und Eugenol auf des Periodontium des Hundes-Vierteljahrs f. Zahnheil I. 1928), że większość używanych przez nas środków do wyjaławiania, czy wypełniania kanałów korzeniowych wywołuje bardzo znaczne zmiany w ozębnej, oraz kości zębodołowej. Zmiany te jak np. przy płynie Albrechta ograniczają się do miejscowego przekrwienia i nieznacznego w niektórych miejscach rozessania się kości zębodołu i cementu, zaś przy innych, jak: fenol, triopasta Gisiego, a zwłaszcza eugenol, powstają rozległe zmiany o charakterze ostrego zapalenia, nacieczenia z białych ciałek krwi, zjawiają się komórki kościogubne, następuje rozessanie się kości, a nawet tworzenie się ropni. Aczkolwiek obecnie w dobie aseptyki opatruje się rany przeważnie opatrunkami wyjałowionemi, to w naszych przypadkach, jak widać z powyższego, gdzie po usunięciu miazgi mamy do czynienia z ranami przeważnie zakażonemi, musimy działać antyseptycznie środkami odkażającemi, któreby jednak nie niszczyły w ozębnej jej zresztą dość znacznej odporności. Środki, wprowadzane do kanałów po usunięciu miazgi, muszą działać odsączająco i to zarówno wtedy, gdy była tylko ona sama dotknięta zapaleniem, jak i w przypadkach powikłanych, a zwłaszcza, gdy, jak to często w codziennej praktyce spotykamy, zostanie podrażniona ozębna przez stosowanie leków stężonych, wytworzy się wydzielina surowicza, czy ropna. W tym celu winniśmy wprowadzać do kanałów opatrunki antyseptyczne, **suche**.

Środek na ten opatrunek użyty powinien: 1) ranę osuszać, 2) odkażać, 3) nie drażnić, 4) odwaniać, nie posiadając sam przykrej woni, 5) nie ulegać rozkładowi, gdy będzie przez pewien czas pozostawiony w ranie czy na ranie, 6) dać się wyjaławiać, 7) nie wywoływać zatrucia ustroju.

Środkiem takim może być tylko środek suchy — proszek. Z pośród środków,, używanych w tej postaci w chirurgji, dermatologji i dentystyce, należy wymienić jako najbardziej znane: jodoform, xeroform, dermatol i vioform. Najbardziej znany i rozpowszechniony jest jodoform, lecz trudno go z powodu wielkich kryształów w stanie suchym do końca kanału wprowadzić, nie działa odkażająco, gdyż dopiero przy zetknięciu się z wydzielinami rany odszczepia się zeń jod; ,,działanie jodoformu wywołują zawsze drobnoustroje same" mówi Sattler (Montigel Vioform als Jodoformersatz, Schweizerische Vierteljahrs f. Zahnheilk 1. 1910). Spotykamy u niektórych osobników szczególną nań wrażliwość (idiosincrasia), posiada odrażający zapach.

Dermatol — podgarbnikan bismutu (bismutum subgallicum) i xeroform — trójbromek fenolu bismutu, jako preparaty nie mające w swym składzie jodu, działają słabo antyseptycznie, zaś jako związki bismutowe, zastosowane na ranę, nie pokrytą nabłonkiem, są trujące. Znane są przypadki zatrucia temi środkami przy zewnętrznym ich stosowaniu. Donosili o tym 1) Werle Über Viotorm. Corresp. Bl. f. Szweizer. Aerzte 20. 1903), 2) Hofman (Wismutwergiftung eines Kindes Münchner Med. Wochenschr. 53. 1906). Ponadto xeroform pod wpływem wilgoci rany zbija się w grudki.

Z powyżej wymienionych środków pozostaje vioform.

Pod względem chemicznym vioform jest pochodny chinoliny (C_9H_7N), pochodny fenol tej ostatniej ortooxychinolina jest już silnym środkiem antyseptycznym, przez wprowadzenie do tego fenolu atomu chloru w położeniu **para**, jego działanie odkażające jeszcze się wzmaga. Przez wprowadzenie do tego związku jodu otrzymuje się subtelny szaro-cielisto-żółty proszek, bez smaku i zapachu w wysokim stopniu odkażający — jodochlorooxychinolina vioform o wzorze C_9H_5NOClJ.

Vioform jest związkiem bardzo trwałym; według badań Tomanna (Über chemische und physikalische Eigenschaften des Vioforms Schweizerische Wochenschrift f. Chemie und Pharmazie 27. 1905) wystawiony na działanie promieni słonecznych w ciągu pięciu miesięcy zmieniał barwę, pod względem chemicznym zaś, pozostał niezmieniony; tak samo, przetrzymywany w wilgoci na przeciąg kilku miesięcy, również zmianie nie ulegał. Vioform znosi wysoką temperaturę powyżej 100^0 do 140^0 i to, zarówno suche ciepło, jak gorącą parę, może więc być wyjałowiony czy to w postaci proszku, czy gazy (gazę vioformową używa się jako 10%—20%). Vioform rozpuszcza się bardzo nieznacznie w wodzie 0,03% w zwykłej do 0,06 w wrzącej a 0,3% w alkoholu 96^0. Vioform,

dzięki swym silnym właściwościom antyseptycznym, posiada zdolność utrzymywania rany w stanie jałowym — wpływa osuszająco dzięki ograniczeniu wydzieliny o wiele silniej niż jodoform. Oprócz zawartego w tym związku jodu, który odszczepia się zeń równomiernie i stopniowo przez co nie powoduje nigdy zatrucia, posiada on jeszcze grupę chlorofenolową, która ranę osusza i sprzyja tworzeniu się ziarniny (Szabo Anwendung der jodhaltigen Antiseptika bei Kleiner Kinder Dermatol. Wochenschr. 58. 1914) Werle (p. wyżej) przytacza zdanie Bertschingera „szczególnie korzystnie rzucał się w oczy wpływ (vioformu), ograniczający wydzieliny". Bowel (Das Vioform in der Chirurgischen Praxis. Corresp. Blatt f. Schw. Aerzte 28. 1910). szczególnie podnosi wpływ odwaniający vioformu, nawet gdy opatrunek, założony do cuchnącej rany, pozostanie w niej przez kilka dni „okazało się, że silna woń, pochodząca z rany znikła zupełnie, w przeciwieństwie do tak przykrej woni, jaką obserwowano przy usuwaniu gazy jodoformowej". Schmidt (Klinische Erfahrungen über Vioform. Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie I IX 5—6) mówi o właściwościach hemostatycznych vioformu. Vioform jest zupełnie nie trujący. Blacke (Versuche über Vioform dissert 1902) twierdzi, że nie rozpuszcza się on i nie rozkłada się w surowicy krwi. Vioform pod względem własności chemicznych jest ciałem obojętnem, przez co zupełnie nie drażni rany oraz jest zupełnie nie trującym (Krecke des Vioform ein neues Jodoformersatz Präparat). Ze względu na powyżej wymienione cechy i zalety vioformu, szczególnie nadaje się on na opatrunki suche.

Vioform znany jest około 30 lat, nie jest więc środkiem nowym i ilekroć razy szukano czem możnaby zastąpić jodoform, zawsze zwracano uwagę na vioform, badano go i stosowano.

I tak już prof. Tawel przeprowadził liczne badania kliniczne i bakterjologiczne nad vioformem w porównaniu z innemi środkami (jodoform loretyna), które całkowicie wypadły na korzyść vioformu. Autor stosował go w chirurgji przy wielu zabiegach chirurgicznych w postaci proszku, gazy i maści z wynikiem dodatnim.

Dr. Arnot stosował go przy gruźlicy (Ueber unsere Erfahrungen ueber die Behandlung der Chirurgischen Tuberculosc. Correspond. f. Schweiz. Aerzte 26. 1914).

Stosowali go w chorobach uszu, nosa i krtani, że wymienimy tylko Meyera (Ueber vioform in die Otorhinologie Mediz. Chirurg. Rundschau 1. 1914). Schoenneman'a (Typische Krankheiten aus dem Gebiete der Oto-Rhino-Laryngologie Schweiz. Med. Wocheschrift 11 1922).

Pozatem znajduje vioform zastosowanie w chorobach kobiecych, skórnych, płciowych i t. d.

W dentystyce stosowali vioform jako środek zastępczy jodoformu. Lichwitz (die Verwendung des Vioforms, Deutsche Monat. f. Zahnhlk. 12. 1909), stosował go z dobremi wynikami przy ropiejących ranach poextrakcyjnych, a nawet jako wkładkę do kanałów, przy zapaleniu ozębnej. Autor podnosi jego własności hemostatyczne Montigel (Schweitz. Vierteljahr Zahnheilkunde 1. 1910) pisze o swojem od 4 lat trwającem doświadczeniu, że zaprzestał używać jodoformu, ze względu na jego znane wady, oraz jeszcze i dlatego, że przy stosowaniu go w jamie ustnej wydziela każdorazowo swój smak podczas jedzenia, co męczy chorego. Natomiast w chirurgji dentystycznej winien być vioform zalecony wszędzie tam, gdzie dotychczas używano jodoformową watę, gazę lub proszek. Fleischmann (Einige Betrachtungen über die Asepsis und Antisepsis in der Zahnärztliche Praxis Deut. Zahnärztliche Zeitung 39. 1912), podnosząc znane zalety i wady jodoformu, prowadził doświadczenia nad vioformem i twierdzi, że odpowiada on całkowicie jego wymaganiom, natomiast nie posiada nieprzyjemnych stron jodoformu, że może go przeto całkowicie wszędzie zastąpić. Dietrich (Vioform ein Jodoformersatz-Präparat. Odontol. Nachricht 3. 1914) wskazuje na wyniki, osiągnięte przez wyżej wspomnianego Lichwitza, podnosi znaczenie vioformu jako ciała chemicznego, środka zupełnie nie drażniącego. Autor stosował go jako proszek do zasypywania na zakażone rany po wyjęciu zęba, rany odleżynowe w jamie ustnej (dostawki) przy dol. post operationem et post extractionem i twierdzi, że winien on znaleść zastosowanie wszędzie tam, gdzie dotychczas stosowaliśmy jodoform. Korzystając z danych zapożyczonych z piśmiennictwa oraz spostrzeżeń własnych, rozpocząłem mniej więcej półtora roku temu stosować vioform przy zabiegach dentystycznych. Impulsem ku temu posłużyła okoliczność, iż w kilku przypadkach nie mogłem opanować wydzieliny z kanałów korzeniowych, żadnym z dotychczas przezemnie do tego celu stosowanych środków płynnych. Experimenti modo wprowadziłem do jednego z takich kanałów czopek papierowy, uprzednio wyjałowiony i wysuszony w kociołku Flaberty, jako sączek suchy, dało to już pewien wynik dodatni w postaci zmieszania się wydzieliny, dopiero jednak po wprowadzeniu na takimże wyjałowionym czopku lub nawiniętej na igłę Millera watce (również wyjałowionej) vioformu do kanału, możliwie głęboko, dało wynik nadspodziewanie dodatni. Do dnia następnego wydzielina zmiejszyła się znacznie, zaś po opatrunku drugim, nazajutrz kanał był suchy. Ponieważ chory ząb (dwuguzkowiec pierwszy górny),

o którym tutaj mowa, znajdował się w „leczeniu" od kilku miesięcy, sprawa była przewlekła, zdjęcie rentgenograficzne wykazywało nieznaczne rozrzedzenie kości w okolicy przywierzchołkowej, ząb już miał kilka razy wypełniany kanał i za każdym razem trzeba go było opróżnić z powodu powstającego obrzęku w okolicy nad wierzchołkiem korzenia, przeto przez ostrożność założyłem taką samą wkładkę z vioformem i zamknąłem ząb prowizorycznie na tydzień. Po upływie tygodnia kliniczne objawy, jak bolesność przy ucisku palcem na okolicę przywierzchołkową, bolesność zęba przy żuciu i przy uderzaniu weń znikły zupełnie, opatrunek przy otworzeniu zęba znaleziono suchym, bez śladu wydzieliny, zapachu i t. d. Gdy następny opatrunek, założony na dwa tygodnie, po upływie tego czasu wyjęto w takim samym stanie, jak poprzedni, wypełniłem kanał i ubytek. Po upływie trzech miesięcy stwierdziłem całkowite zniknięcie objawów klinicznych, zaś zdjęcie rentgenowskie wykazało zagojenie się sprawy okołowierzchołkowej. Ponieważ w kilku podobnych wypadkach miałem wyniki również dodatnie, postanowiłem stosować takie opatrunki we wszystkich tych wypadkach, gdzie było podrażnienie ozębnej lub choćby tylko podejrzenie, że istnieją tu zmiany okołowierzchołkowe, naturalnie po uprzedniem możliwie dokładnem usunięciu miazgi, rozpuszczeniu jej resztek, skrzepów krwi i t. p. (pepsyna, hypochloryt, chioramin, wyskok czysty lub z domieszką thymolu i t. d.).

Warunkiem nieodzownym otrzymania dobrych wyników jest udrożnienie kanałów, a nawet, jak przy ziarniniakach, rozszerzenie wylotu głównego. Prawie zawsze, gdzie ten warunek dawał się osiągnąć, pod wpływem opatrunków z vioformu w wypadkach podrażnienia ozębnej znikały objawy kliniczne, ustawała wydzielina, krwawienie, kanał był suchy i gotów do dalszego postępowania. Oczywista, zarówno krótki przeciąg czasu, przez jaki trwają moje spostrzeżenia, jak i niewielka ilość przypadków nie są wystarczające do wysuwania wniosków ostatecznych.

Dobrze byłoby gdyby która z naszych Instytucyj czy uczelni naukowych, podjęła dalsze badania kliniczne i doświadczalne nad tym, mojem zdaniem, cennym środkiem.

* * *

W czasie między wygłoszeniem a oddaniem pracy do druku stosowałem vioform w postaci gazy jako: 1)opatrunki po wyłuszczeniu torbieli. Opatrunek przeleżał cały tydzień w ranie (z powodu wyjazdu chorego); wydostałem go stamtąd w stanie suchym, bez zapachu, a rana

pokryta była ziarniną. 2) jako opatrunki do zaniedbanych ran poekstrakcyjnych; ustawała wydzielina, następowało wygojenie. Ostatnio traktowałem wkładkami vioformowemi, wprowadzanemi do kanału, ziarniniak umiejscowiony ponad małym siekaczem górnym po utworzeniu przejścia przez kanał do ogniska. Po kilku opatrunkach wydzielina ustała zupełnie. Sprawa wymaga dalszej obserwacji klinicznej i zdjęć roentgenowskich w celu sprawdzenia postępów w gojeniu się tej ostatniej.

JAN LIGĘZA
Inowrocław

W sprawie wprowadzenia i ustalenia w Kasach Chorych notowań chorób jamy ustnej i zębów, jako danych statystyczno-naukowych.

Rzecz, wygłoszona na zjeździe w Wilnie.

Każda praca, czy to zawodowa, czy społeczna, winna być twórczą. Twórczość pracy i wartość jej rezultatów dopiero wtedy nabiera znaczenia i korzyści dla zawodu, społeczeństwa, narodu i państwa, jeżeli takowa jest ściśle i skrupulatnie na podstawach naukowych notowana, bilansowana i podawana do powszechnej wiadomości, gdyż nauka i społeczeństwo ma prawo i winno oceniać pracę według jej zasług.

Żaden rozwój, żaden postęp i udoskonalenie pracy naukowej nie może się uwypuklić bez kontroli statystycznej. Statystyka jest probierzem, jest kontrolą i wskaźnikiem kierunku rozwoju nauki. Ona umoralnia, oświeca, pobudza do czynu i daje satysfakcję nietylko osobistą, ale ściąga satysfakcję i sympatję społeczeńswa.

Zdawałoby się, że prowadzenie statystyki w zawodzie dentystycznym jest problemem, którym interesować się winien każdy praktyk choćby ze względu na rezultaty, jakie otrzymuje w swej żmudnej pracy. Jednak tylko nieliczne jednostki notują swych pacjentów i to może więcej dla pamięci salda rachunkowego, niż naukowego. Jeżeli chodzi o instytucje poważniejsze naukowe, to również nie wszystkie dają sprawozdania. W rezultacie nie mamy własnej polskiej statystyki na polu prac zawodu dentystycznego, któraby oświetlała schorzenia jamy ustnej i zębów u szerszych mas ludności.

Twórcy prawa ubezpieczeniowego i pomocy lekarskiej w Kasach Chorych dla szerokich rzesz ludności nie zastrzegli i nie włożyli obowiązku

na personel lekarski prowadzenia statystyki lekarskiej odnośnie do dentystyki. Władze Kas Chorych również nie doceniają jej potrzeby, nawet z różnych przyczyn nie dążą do tego.

Zaprojektowanie i spełnienie prowadzenia kontroli cierpień jamy ustnej i zębów i notowanie prac lekarsko-dentystycznych należy do nas. W naszym interesie jest, ażeby nas społeczeństwo widziało przy pracy. Stwórzmy polską statystykę dentystyczną.

Rozpatrując się w stosowanych klasyfikacjach chorób zębów, doszedłem do przeświadczenia, że najlepszą klasyfikacją, obejmującą wszystkie stany anatomo-patologiczne zębów i tkanek okołozębowych, najbardziej dla nas zrozumiałą, prostą i łatwą do zastosowania w codziennnej praktyce, nawet bez pomocy rentgenogramów i mikroskopji, jest klasyfikacja Profesora D-ra med. H. Wilgi.

To też korzystając z takowej, umieszczonej w Przeglądzie Dentystycznym z roku 1923, 1926, 1927, pozwoliłem sobie utworzyć szemat kontroli naszych codziennych prac ambulatoryjnych, który do oceny zainteresowanym załączam.

Szemat ten składa się z 50 rubryk, niby napozór dość obszerny i skomplikowany, w istocie jednak bardzo prosty i łatwy do prowadzenia notowań osobiście z chwilą rozejrzenia się i bardzo prędkiego nabycia wprawy. Osobiście już od paru lat w Kasie Chorych prowadzę podobną kontrolę i przyznam się, sprawia mi przyjemność obowiązek myśleć nad pracą w czasie pracy.

Robię to tak: z posiadanych w zapasie druków mam rozłożony na stole arkusz szematu. Z chwilą załatwienia pacjenta i odnotowania szczegółów w karcie chorych, odrazu robię ołówkiem w szemacie kreskę w jednej z rubryk (2-4), drugą kreskę w (6 lub 7), następnie djagnozę (9-33), jedną w zabiegach (34-39) czyli wypada 4 kreski. Przy następnej wizycie pomijam już djagnozę i stawiam 3 znaki. W razie kontynuowania leczenia u jednego i tego samego pacjenta jednocześnie paru zębów z różnemi schorzeniami, odnotowywam w wielu odpowiednich rubrykach w dziale chorób i w dziale zabiegów. Np. pacjent ma w jednym zębie próchnicę, w drugim zapalenie miazgi, w trzecim zgorzel miazgi, a około czwartego zapalenie ogniskowe. Wówczas robię w odpowiednich rubrykach grupy chorób -4 kreski to jest tyle, ile poddano leczeniu zębów, co naturalnie przy następnej wizycie już pomijam, a tylko odnotowywam 4 zabiegi doraźne lub końcowe, stosownie do dokonanej czynności.

Rozpoznanie, dotyczące jednego zęba, nie może być dwa razy notowane, a tylko raz. Zdarza się, że ząb z pericementitem jest oblepiony kamieniem nazębnym, brzegowe części dziąsła w stanie zapalnym,

Grupa	Podgrupa		Nr	Rubryka	
			1	Data: dzien, m-c i rok	
Liczba przyjęć			2	Mężczyzn	
Liczba przyjęć			3	Kobiet	
Liczba przyjęć			4	Dzieci	
Liczba przyjęć			5	Razem	
Liczba przyjęć	W tem		6	Ubezpieczonych	
Liczba przyjęć	W tem		7	Rodzin ubezpiecz.	
Choroby zębów i jamy ustnej			8	Nadżarcia szkliwa	
Choroby zębów i jamy ustnej			9	Choroby błony śluzowej jamy ustnej	
Choroby zębów i jamy ustnej			10	Choroby przydatków jamy ustnej	
Choroby zębów i jamy ustnej			11	Choroby zatoki szczękowej	
Choroby zębów i jamy ustnej			12	Próchnica zębów	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenie miazgi ostre		13	Surowicze	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenie miazgi ostre		14	Ropne	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenie miazgi przewlekłe		15	Włókniste	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenie miazgi przewlekłe		16	Ropne	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenie miazgi przewlekłe		17	Wytwórcze	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zejście zapaleń miazgi	wsteczne	18	Zgorzel miazgi	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zejście zapaleń miazgi	wsteczne	19	Zanik miazgi	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zejście zapaleń miazgi	wsteczne	20	Osady patologicz	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zejście zapaleń miazgi	postępujące	21	Zębiniaki	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zejście zapaleń miazgi	postępujące	22	Wtórna zębina	
Choroby zębów i jamy ustnej			23	Nowotwory	
Choroby zębów i jamy ustnej			24	Specyficzne zapalenia	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenia ogniskowe		25	Dziąseł	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenia ogniskowe		26	Ozębnej	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenia ogniskowe		27	Okostnej	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenia ogniskowe		28	Kosci i szpiku szczęki	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenia ogniskowe	Ropienia zębodołowe	29	astrojowe	
Choroby zębów i jamy ustnej	Zapalenia ogniskowe	Ropienia zębodołowe	30	po zanikach przedwczesnych	
Choroby zębów i jamy ustnej			31	Zanik zębodołowy starczy	
Choroby zębów i jamy ustnej			32	Zanik zębodołowy przedwczesny	
Choroby zębów i jamy ustnej			33	Zanik zębodołowy częściowy	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Doraźne		34	Porady	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Doraźne		35	Zdjęcia osadu i kamienia	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Doraźne		36	Zatrucie miazgi	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Doraźne		37	Injekcje	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Doraźne		38	Incisje	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Doraźne		39	Opatrunki	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Końcowe i chirurgiczne		40	Izolacja miazgi	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Końcowe i chirurgiczne		41	Impregnakcja	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Końcowe i chirurgiczne		42	Mumifikacja	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Końcowe i chirurgiczne		43	Wypełnienie korzeni	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Końcowe i chirurgiczne		44	Rezekcje korzeni	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Końcowe i chirurgiczne		45	Replantacje	
Zabiegi lecznicze zachowawcze	Końcowe i chirurgiczne		46	Plomby	
			47	Ekstrakcje zębów	
Uzębienie sztuczne protezy			48	Pełnych	
Uzębienie sztuczne protezy			49	Częściowych	
Uzębienie sztuczne protezy			50	Ilość zębów	

z kieszonek dziąsłowych wydziela się ropa, czyli cały szereg powikłań, to wówczas jako podstawowe rozpoznanie, jeżeli to jest formą diffuzyjną, uważam pericementitis i odnotowywam jedną kreską, a w dziale zabiegi-2 kreski (35 i 39).

Zęby, dotknięte jednakową sprawą chorobową, nie przekraczającą ich topograficznych granic, czyli nie mającą formy rozlanej na sąsiednie tkanki odkreślam rozpoznania według ilości zębów. Nie dotyczy to jednak wypadków, gdzie sprawy chorobowe mają tło specyficzne lub bez względu na czynniki etjologiczne obraz chorobowy objął kilka zębów, albo całe grupy w zrozumieniu rubryk 25, 27, 28, 29 lub 30.

Atrophiae alveollares senilis et praecox stanowią oddzielne djagnozy (31 i 32) i również nie mogą się wiązać z danym zębem, o ile niema wyraźnych odgraniczeń i czynników urazowych, czynnościowych, mechanicznych lub innych specjalnych, ale wtedy już będzie djagnoza (33) atrophia alveollaris partialis.

Diagnostyka niektórych z rozklasyfikowanych chorób dla lekarza dentysty myślącego nie jest trudną, nawet bez pomocy promieni Roentgena i mikroskopu, są jednak schorzenia miazgi zębowej, szczególnie w komorach jeszcze zamkniętych i sprawy szczytowe, co do charakteru i postaci cierpienia których trudno się orjentować. Nie zawsze nawet dostępny dla oka, perkusji, dotyku, reakcji, wywiadów i innych objawów subjektywnych i objektywnych obraz chorobowy daje pewność djagnozy i bez uciekania się do Roentgena i mikroskopu, a nawet posiewów, nie da się pomyśleć. Takie przypadki, łącznie z przypadkami o charakterze specyficznym i złośliwym, celem wyświetlenia djagnozy i wskazania drogi leczenia musimy, skierowywać gdzie należy.

W dużej ilości przypadkach rozstrzyga nam djagnozę ostateczny zabieg, jak extrakcja zęba lub pieńka, otwarcie komory miazgowej i przewodowej, gładkość lub chropowatość badanej powierzchni i inne.

To też z postawieniem djagnozy na pierwszem posiedzeniu w wypadkach niejasnych lub wątpliwych najlepiej się nie spieszyć, a w karcie chorobowej, naprzeciw odnotowanego zęba postawić znak zapytania. Djagnozę postawić dopiero po wyjaśnieniu.

W Kasie Chorych karty chorobowe dentystyczne oddzieliliśmy od kart lekarzy medycyny. Szemat karty krótki, ekonomiczny, zawiera w nagłówku nazwisko lekarza, Nr. książki ubezpieczeniowej, imię i nazwisko chorego, rok urodzenia i adres. W kartach tych notujemy datę t. j. dzień ,miesiąc i rok wizyty, Nr. zęba, rozpoznanie i zabiegi, datę następnej wizyty i podpis lekarza. Karty owe zaprowadzamy i prowadzimy sami.

Raz sporządzona karta pozostaje na zawsze dla danego pacjenta: w braku miejsca podkleja się drugą, przechowujemy je w podręcznem archiwum. Na dowód, że pacjent już zasięgał porady dentystycznej lub leczył się, jest odpowiednia notatka w książeczce ubezpieczeniowej, którą pacjent winien mieć i okazać.

Odpowiednia numeracja rejestracji ułatwia natychmiastowe odnalezienie karty, co uskutecznia laborantka.

Dla prawidłowej kontroli i racjonalnego zabiegu leczniczego chorób zębów u pacjentów, którzy przechodzą z rąk do rąk lekarzy dentystów, ideałem byłoby, mojem zdaniem, żeby taka karta chorobowa była zaprowadzona jedna na całe życie i służyła jako dowód osobisty, przechowywany u pacjenta. Ułatwiłoby to doskonale kontrolę nad leczeniem zębów i byłoby dla obecnego lekarza nieocenioną orjentację dalszego postępowania z zębem, który kiedyś był leczony i plombowany przez innego lekarza. Ale, by to osiągnąć, trzeba podnieść uświadomienie społeczne i wpoić powagę potrzeby szanowania podobnych dowodów osobistych.

Kasy Chorych powszechnie narzekają na ogromną ilość chorych, kolosalne wydatki na zasiłki i duży % symulantów, a nie doceniają potrzeby wprowadzenia nowoczesnych ulepszeń, sposobów i pomocy djagnostycznych w zakresie chorób jamy ustnej i zębów, czyli postawienia działu stomatologiczno-dentystycznego na wysokości zadania.

Sprowadza się kosztowne aparaty fizyko-terapeutyczne, wydaje się setki tysięcy recept farmaceutycznych, mających na celu leczenie chorób. Cały rozmach skierowywa się na skutki, a nie chce się wtajemniczyć w przyczyny tych chorób, a kto nie uderza w przyczyny, to walczy z wiatrakami.

Olbrzymia ilość chorych, których widzimy w poczekalniach Kas Chorych, to chorzy, źródłem choroby których są zęby i ogniska okołozębowe o stanach przewlekłych. Dziś to już stwierdził świat lekarski i dentystyczny. Dziś szanujący się chirurg nie będzie operował chorego bez nagłej potrzeby, dopóki pacjent nie przyprowadzi sobie jamy ustnej i uzębienia do należytego porządku uzdrawiającego. Również szanujący się internista nie będzie leczył żołądka ani innego organu traktu trawiennego bez uprzedniej sanacji jamy ustnej. Tu leży przyczyna i zło chorób organicznych przewlekłych i psychicznych.

Jestem przekonany, że gdy zmieni się kierunek świadczeń Kas Chorych, urobi się większe zrozumienie i nacisk na racjonalne tory leczenia chorych, przepuszczając ich przez filtr gabinetów dentystycznych,

wyposażonych naukowo i technicznie według wymagań czasu, zmiejszy się ilość chorych i ilość niepotrzebnie wydawanych pieniędzy.

Jeszcze jedna wada ze strony Kas Chorych, którą już niejednokrotnie podnoszono w prasie zawodowej, to wymagania od lekarza dentysty przyjmowania dużej ilości chorych. Ilość chorych nie powinna przekraczać na godzinę czterech. Lepiej, gdy czas pozwala, leczyć na raz parę zębów, niż przyjmować dużo chorych i nie mieć czasu na solidne ich załatwienie.

Nadmierna ilość pacjentów, przyjmowanych przez lekarza, przeciąża jego umysł i uwagę oraz siły fizyczne. Wówczas traktuje on prace powierzchownie, ogranicza się do leczenia jednego zęba, zmienia opatrunki (watki), aż w końcu zniecierpliwiony albo wypełnia ubytek plombą, albo zniecierpliwiony pacjent przestaje przychodzić i przerywa leczenie.

Rozpoczynając kurację zębów, winniśmy odrazu mieć na uwadze całość aparatu zębowego i odrazu starać się przekonać pacjenta o wartości i korzyściach przyprowadzenia do porządku jamy ustnej. Odrazu, rozporządzając czasem, możemy przystąpić do racjonalnego leczenia szczęk, biorąc się do całości uzębienia.

Pamiętajmy o tem, że celem naszym jest leczenie i wypełnienie poszczególnych zębów, jako narzędzi biernych, a celem leczenia całego ustroju przez konserwację zębów zdatnych, usuwanie szkodliwych, oraz uzupełnienie uzębienia dodatkami sztucznych.

Jak palce pozbawione paznokci tracą siłę chwytu, tak szczęki, pozbawione zębów, tracą możność gryzienia i żucia i same ulegają zwyrodnieniu. To też w leczeniu uzębienia nie powinno nam chodzić o uratowanie tego lub innego zęba, wątpliwej niekiedy wartości.

Mając na względzie naukę o ustnem zakażeniu ogniskowem całego ustroju, które to zakażenie wywołują chore zęby i schorzałe tkanki okołozębowe, nie wolno nam leczyć uzębienia i odnosić się do niego częściowo lub połowicznie. Wszak chirurg zapalenia ogniskowego łożyska paznokciowego nie będzie lekceważył, bo wie, że paznokieć nie jest tworem niezależnym i ognisko zakaźne zawsze może wywołać zakażenie śmiertelne całego ustroju. Równoznacznym jest i ząb, z tą jednak różnicą, że warunki do walki ze schorzeniem łożysk zębowych mamy daleko trudniejsze.

Te kilka słów uwagi mają ze statystyką naukową ten związek, że pogłębiają zrozumienie potrzeby zastanowienia się się nad postawieniem djagnozy, odnotowanej w odpowiedniej rubryce i zastosowania racjonalniejszego zabiegu leczniczego.

DZIAŁ STRESZCZEŃ

RENÉ HOUZEAU. **Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej (stomatitis) przy stosowaniu szarej maści.** *(Les Stomatites de l'huile grise).* La semaine dentaire Nr. 34, 1929.

Używania szarej maści należy unikać specjalnie w terapji antysyfilitycznej, gdy stosowane są preparaty arszenikowe lub bizmutowe. O ile przy tego rodzaju terapji zapalenie błony śluzowej jamy ustnej wzmaga się, wówczas stosować szarą maść, jako preparat rtęciowy, należy z wielką przezornością. Tego rodzaju realne przypadki powinny wzbudzić uwagę lekarzy-dentystów.

Zapalenie śluzówki jamy ustnej zwykłe (**stomatitis simplex**).

Przy tego rodzaju zapaleniu wytwarzają się również obrażenia sluzówki ze strony policzkowej oraz nieznaczny ślinotok. Formy zaś chronicznego zapalenia śluzówki charakteryzują się typową obwódką rtęciową. Często spotyka się typ zapalenia błony śluzowej, zwany przez Fournier'a stomatite d'alarme — alarmujące zapalenie.

Objawy są następujące: ślinotok, ołowiana obwódka w okolicy dolnych przednich zębów, zaś w okolicy dolnego zęba mądrości zjawia się mały czerwony języczek, występujący często i podczas wyrzynania się tego zęba.

Tego rodzaju zapalenie przechodzi i na śluzówkę policzków. Chory odczuwa ból, palenie w ustach, które się wzmaga przy przyjmowaniu pokarmów.

Według Miliane, pierwsze objawy bólu neuralgicznego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej występują w krtani i migdałach oraz powstaje lekkie podrażnienie słuchu. We wszystkich tych formach zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, gdy cechy ogólne są nieznaczne, zachodzą w samym organiźmie zmiany w postaci bolesnego znużenia i podniesionej ciepłoty.

Ten obraz chorobowy Emery nazywa „grupą rtęciową". Fournier opisuje następujące objawy ciężkiehgo zapalenia błony śluzowej jamy ustnej: uczucie palenia bardzo wybitne, usilny, bezustanny ślinotok.

Najbardziej zaogniona śluzówka w okolicy zębów spróchniałych, korzeni oraz przy obecności ropotoku zębodołowego. Często występują otarcia i owrzodzenia krwawiące przy najmniejszem dotknięciu. Obrażenia takie występują w przedsionku jamy ustnej, na dziąsłach, rzadziej na podniebieniu. Wargi obrzmiałe, na języku ślady zębów. Cała

zainfekowana powierzchnia pokryta nalotem. Gruczoły podszczękowe bolesne przy dotyku, temperatura ciała podwyższona.

Zapalenie śluzówki jamy ustnej wrzodziejące (stomatitis ulcerosa). Obraz kliniczny przedstawia się smutniej, od poprzedniego.

Choroba powstaje z zapalenia śluzówki zwykłego, które się zbagatelizowało; nagle cała choroba przyjmuje obrót ciężki. Śluzówka policzków, warg i dziąseł silnie obrzmiała, gdy zaś zaatakowane zostają łuki podniebienia miękkiego, języczek i podniebienie twarde, powstają objawy duszenia się i niezbędna jest operacja — tracheotomja.

Śluzówka błyszcząca, pokryta szarym nalotem, lekko dającym się zdjąć. W głębi tego owrzodzenia znajduje się ropa, drążąca wgłąb tkanki mięsnej do kości, tworząc nekrozę.

W ten oto sposób rozszerza się zakażenie rtęciowe. Infekcja. drążąc wgłąb poprzez więzadła mięśniowe, nekrotyzuje kość, tworząc martwaki, wywołujące w następstwie groźne krwotoki, często śmiertelne.

Język o podwójnej objętości, na nim ślady zębów, powodujące nawet owrzodzenia. Wówczas ruchy języka są upośledzone, powstają zaburzenia mowy oraz utrudnione połykanie. Gruczoły podszczękowe duże, wielkości orzechów włoskich, bolesne przy dotyku.

Cięcie zewnętrzne na skórze daje dobry wynik, lecz w następstwie defiguruje twarz i szyję.

Szczękościsk 3-go stopnia; temperatura 39,0. W bardzo szczęśliwych wypadkach wyzdrowienie, lecz przeważnie kończy się ropowicą ogólną lub nawet posocznicą.

Najłagodniejszą formą zapalenia błony śluzowej jamy ustnej jest szkorbut. Podczas kuracji antysyfilitycznej w początkujących stanach zapalenia błony śluzowej jamy ustnej należy stosować novarsenobenzol.

Str. H. Mickiewicz
Lekarz dentysta.

L. FELDMANN. **Terapja kanałów korzeni zębowych przy martwicy metodą Howe'go i wpływ jej na tkanki okołozębowe.** *(Die Howesche Methode zur Therapie der gangränosen Wurzelkanäle und ihr Einfluss auf Paradonium)*. Deutsche Monatschr. f. Zhlk. 1928, zesz. 17.

Odkąd Meyerhofer dowiódł, że wyjałowienie kanału korzeniowego po usunięciu zapalnej lub martwicowo zmienionej miazgi jest rzeczą niemożliwą, przeprowadzano badania nad uzyskaniem dostatecznej jałowości kanału przez zastosowanie silnych antyseptyków.

Preiswerk, Fischer, Hess, pracując nad metodami wypełniania korzeni, uznali, że kanał korzeniowy nie jest zwykłą jamą ograniczoną ścianami i otworem wierzchołkowym, lecz posiada rozgałęzienia — kanaliki zębinowe, w których odnogi miazgi muszą ulec dokładnemu wyjałowieniu.

Howe podał nową metodę, polegającą na wypełnianiu srebrem jamy korzenia i kanalików zębiny.

Heinze i Gowsejeff opisują metody Howego następująco: Do trzech gramów azotanu srebra (**Argent. nitr.**), lekko ogrzanego i rozpuszczonego w 1 gramie wody destylowanej, dodajemy ostrożnie amoniaku, aby wypadł osad tlenku srebra (**Argent. oxydat.**). Dodanie amoniaku w nadmiarze rozpuszcza osad. Następnie dodaje się 10% roztworu formaliny, aby zredukować tlenek srebra na srebro metaliczne.

Technika postępowania: komorę miazgową otwiera się szeroko. Ściany komory zabezpiecza się ślinochronem lub lakierem, aby uniknąć zabarwienia zębiny.

Małą dozę świeżo otrzymanego tlenku srebra wprowadzamy pipetą lub szczypczykami do kanału korzeniowego, poczem po 3-ch minutach wprowadzamy roztwór formaliny. Gdy reakcja nastąpi, wysusza się jamę kanału.

Zabieg powtarza się dwa razy t. zn. wprowadzamy dwukrotnie roztwór amoniakalny srebra, redukujemy formaliną i wysuszamy. Zawartość zredukowanego srebra wtłaczamy cienką igłą wgłąb kanału korzenia, unikając przejścia masy kontrastowej poza otwór wierzchołkowy. Według Howego wystarczy wypełnić kanał do górnej jego trzeciej części: dzięki włoskowatości płynu dopłynie do wierzchołka.

Nerwociągiem usuwamy rozpadowe masy miazgi, jamę wysuszamy, wypełniamy eugenolem i ponownie wysuszamy i jeszcze raz wypełniamy srebrem.

Według Howego metoda pozwala na wyjałowienie i nasycenie roztworem srebra rozgałęzień kanału i kanalików zębiny.

Wypełnianie kanału następuje zwykłym sposobem następnego dnia, po starannem oczyszczeniu z resztek miazgi i produktów jej rozpadu.

Rickert po zastosowaniu metody Howego wykazał występowanie silnej reakcji zapalnej w tkance zębowej, którą przypisywał działaniu formaliny. Zastąpił więc przy redukcji srebra roztwór formaliny eugenolem, który redukuje srebro, nie drażniąc tkanek ozębnej.

Schaer i Goldschmidt modyfikowali metody Howego. Pierwszy używał 10% roztworu azotanu srebra (**Arg. nitr.**) i redukował

10% wodnym roztworem glukozy, — drugi $2\frac{1}{2}$% roztw. alkoholowym lapisu redukował 4% roztw. alkoh. kwasu garbnikowego.

Heinze przeprowadzał badania nad zdolnością dyfuzji srebra według metody Howe i jej modyfikacji na preparatach wyjętych zębów ludzi i zwierząt oraz in situ u psów. Zauważył, że srebro koloidalne pokrywa grubą warstwą koronową część szyjki zęba, odcinek korzenia aż do otworu wierzchołkowego. Kanałowe ściany zębiny wykazały impregnacje srebrem do 2/3 swej grubości, Heinze dalej wykazał, że przy modyfikacji Schaera redukcja srebra przebiega nie całkowicie i zależna jest od rozgrzania przy wysuszaniu ciepłem powietrzem.

Impregnacja srebrem na zębach in situ dochodzi do 2/3 grubości ścianki, w części wierzchołkowej zarówno miazga, jak i kanaliki zębinowe są wypełnione srebrem koloidalnem.

Jednocześnie analogiczne badanie przeprowadzał Gowsejeff, uznając metodę Howego jako „therapia magna stertelisana". Przez zastosowanie badań klinicznych przyszedł do wniosku, że metodą srebrzenia można uczynić ściany kanału nieprzenikliwemi dla bakteryj, naskutek wytworzenia powłoki ze zredukowanego srebra.

Heinze, Gowsejeff i Schwarz przeprowadzali badania nad metodą Howego głównie w kierunku zdolności dyfuzji srebra i impregnacji zębiny.

Heinze a również Rickert zauważyli występowanie zapalenia tkanek przyzębnych, utrzymującego się 2—3 dni po zabiegu metodą Howego.

W klinice autora w Moskwie stosowano metodę Howera. Obserwowano występowanie ostrych bólów i obrzęku już w kilka godzin po zastosowaniu metody Howego. Objawy powyższe szybko ustępowały po wyjęciu zęba. Jednocześnie notowano znaczną ilość przypadków o przebiegu pomyślnym, nawet przy przewlekłem ropnem zapaleniu okostnej i przy przetokach dziąsłowych.

Badania autora dotyczą wpływu metody Howego na tkanki okołozębowe, przeprowadzone zarówno na zębach ze zgorzelą miazgi, jak i na zębach zdrowych po usunięciu miazgi. Uwzględniano metodę Howego i modyfikację Rickerta.

Metoda badań była następująca: u psów określone zęby otworzono, miazgę z korony usunięto; miazga korzenia pozostawała nienaruszona. Zęby pozostawiono otwarte na przeciąg miesiąca, aby wywołać rozpad miazgi. W określonym terminie potraktowano zęby częściowo według metody Howego, częściowo według modyfikacji Rickerta.

Jednocześnie u tych psów otwarto jamę miazgi zębów zdrowych, usunięto miazgę i zastosowano metodę według Howe i Rickerta. Dla kontroli badań pozostawiono część zębów, w których przez otwarcie kanału wywołano rozpad miazgi. Czas trwania badań 1—7—10 miesięcy.

Serja I.

A) Zęby otworzone aż do kanału. Kanał miazgi pozostawiono otwarty na przeciąg jednego miesiąca, poczem zastosowano metodę Howego. Po upływie jednego miesiąca zwierzę zabito.

Obrazy histologiczne wykazały: ściany kanalu w części korony i korzeni pokryte czarną masą srebra, kanał wypelniony masami bezpostaciowemi rozpadłej miazgi. W części wierzchołkowej korzenia brak srebra. Tkanka okołozębowa wykazuje nacieki drobnokomórkowe.

B) Zęby kontrolne t. zn. z jamą miazgi otwartą podczas trwania badań wykazują wypełnienie górnej części kanału masami rozpadłej miazgi, w dolnej 1/3 części korzenia tkanka miazgi prawie niezmieniona. Gruby pokład ozębnej bez zmian. W zębach, których rozpad miazgi dochodził aż do otworu wierzchołkowego korzenia, tkanka przywierzchołkowa wykazuje nacisk leukocytami i limfocytami.

Serja II.

Czas trwania badań: 7 miesięcy.

Miazga zębna otwarta aż do kanału korzenia. Po upływie miesiąca zęby potraktowane metodą Howego modyfikacja Rickerta. Badania histologiczne wykazują: kanały zębowe wykazują impregnację srebrem: w górnej 1/3 kanału srebro dochodzi do 1/3 grubości ścianki, poniżej widoczne są ciemne pasma srebra, które w części wierzchołkowej są prawie niewidoczne.

Szeroka sieć (delta) — rozgałęzień wierzchołkowej części kanału korzeniowego silnie wypełniona bezpostaciowemi masami i leukocytami, w innych przypadkach te masy bezpostaciowe wykazują nasycenie wapnem. Warstwy przywierzchołkowej tkanki ozębnej dają obraz nacieku drobnokomórkowego, w innych przypadkach — złogów cementu w postaci warstw, ostro odgraniczających się.

Ozębna częściowo bywa niezmieniona, częściowo wykazuje silną hypercementozę lub nacisk komórkami limfoidalnemi i leukocytami.

Zęby kontrolne wykazują w kanałach i delcie (rozgałęzieniach) masy bezpostaciowe, zgrubienie okostnej i nacisk drobnokomórkowy tkanki ozębnej, oraz hypercementozę w tkance, otaczającej korzeń.

W grupie II badań uderza szczególnie występowanie hypercemen-cementozy w okolicy dolnej 1/3 korzenia i to zarówno w zębach, potraktowanych metodą Howego, jak i w kontrolnych.

Trudno powiedzieć, zdaniem autora, czy hypercementoza jest reakcją na podrażnienie chemiczne tkanek, czy reakcją obronną, mimo że złogi cementu silniej zaznaczone są przy zębach, traktowanych metodą Howego.

Serja III.

Czas trwania badań 10 miesięcy.

A) Kanały zębowe, otwarte podczas 3-ch tygodni, następnie potraktowane metodą Howego (redukcja srebra formalina).

Obrazy histologiczne wykazują impregnacja srebra dochodzi prawie we wszystkich wypadkach aż do otworu wierzchołkowego korzenia, tkanka, otaczająca część wierzchołkową korzenia (dolna 1/3 cz. korzenia) wykazuje naciek limfocytami i komórkami plazmatycznemi Okostna (ozębna), zmieniona w zbitą tkankę kostną, wykazuje zrost z jednej strony z cementem i zębiną korzenia, z drugiej ze ścianą zębodołu, miejscami zrost przerwany przez obecność tkanki ziarninowej i lacun.

W jednym przypadku gdzie impregnacja srebrem nie dochodzi do dolnej 1/3 cz. korzenia, widoczne są nacieki ropne oraz zatokowe rozrosty ziarniny, niszczące cement; częściowo złogi cementu.

B) Badanie, przeprowadzone na zębach otwartych aż do kanału zębowego, z którego usunięto miazgę i potraktowano metodą Howego, dało obrazy histologiczne następujące: impregnacja srebrem dochodzi do delta-rozgałęzień. W części wierzchołkowej korzenia świeże złogi cementu i przewapnienie tkanek otaczających. Nacieki i pola ropne w tkankach okołowierzchołkowych korzenia.

W serji III badań, w której formalina odgrywa rolę środka redukującego, impregnacja metalicznem srebrem jest silnie zaznaczona, dochodzi przeważnie aż do otworu wierzchołkowego, wypełnia delta-rozgałęzienie i kanaliki zębiny. Jednocześnie występuje metaplazja periodontii na tkankę kostną i zrost jej zarówno z cementem korzenia jak i ścianą zębodołu.

Zaznaczona jest silnie hypercementoza otaczających tkanek w postaci silnych pasm. Zjawisko destrukcji tkanek zupełnie wyraźnie zaznaczone przez naciek części okołowierzchołkowej, przez wytworzenie granulacji resorbujących cement i zębinę, dających obraz lacun (zatok) zarówno w częściach bocznych, jak i w części wierzchołkowej korzenia.

Zasadniczem dążeniem badań przeprowadzonych było wyjaśnienie kwestji, czy wysrebrzenie kanału metodą Howego względnie jej modyfikacjami, wywiera pomyślny wpływ na zmiany zapalne periodontu, wywołane rozpadem miazgi.

Metoda Howego dozwala na wytworzenie warstwy srebra metalicznego, pokrywającej ściany jamy korzenia i na silną impregnację drobnych kanalików zębiny.

W przypadakch, gdzie wysrebrzenie było słabo zaznaczone, zdaniem autora, powód leży w nieodpowiedniej technice lub w budowie korzenia.

Zmiany w tkance otaczającej korzeń, polegające oprócz nacieku na metaplazmie tkanki ozębnej na tkankę kostną, jej zrostach, na obrazie lacun, zatok, wytworzonych naskutek resorbcji cementu i zębiny przez ziarninę, zdaniem autora, wywołane są działaniem formaliny.

W serji I i II, gdzie formalinę zastąpiono eugenolem (mod. Rickerta), zmian powyższych nie spotykano, względnie nie były one tak silnie wyrażone.

Przez **Heinzego, Rickerta** i innych autorów spostrzegane zapalne zmiany periodontu i bóle, występujące w krótkim czasie po zastosowaniu metody Howego, przypisywane są działaniu 40% formaliny.

Modyfikacja Rickerta, jak wykazały badania seryj I i II, jest mniej szkodliwa dla periodontu. Zmiany, które opisano, występowały również w otoczeniu zębów kontrolnych. Można przypuścić, że zmiany te wywołane były przez ropne masy miazgi korzenia, przenikając do otaczającej tkanki okołokorzeniowej i powodujące jej stan zapalny. Zmiany periodontu zaznaczone w serji III, mogą być przypisywane drażniącemu działaniu 40% formaliny.

W każdym przypadku daje się zauważyć, że zmiany, wywołane przez przenikanie produktów rozpadu miazgi do otaczającej tkanki, nie posiadają tendencji do rozszerzania zapalnego stanu po zastosowaniu metody Howego i ta właściwość jest dodatnim jej czynnikiem.

W zachowawczem leczeniu ropnych zmian zębowych korzeni metoda Howego nie ;może mieć całkowitego znaczenia. Posiada tylko pierwszeństwo przed innemi metodami, dzięki bakterjobójczemu działaniu. Modyfikacja, podana przez Rickerta, jest o wiele odpowiedniejsza

Str. *Dr. Konarska.*

Sprawozdanie
Z XIII ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W WILNIE

Przy końcu września r. b. (26 i 30) odbył się w Wilnie XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Zjazd ten poczytywać należy za udany pod każdym względem. Już samo miejsce Zjazdu — Wilno — tak bardzo drogie sercu każdego Polaka, samo tak cudne, zwłaszcza przez swe zabytki, ślady starej, dawnej a tak wysokiej kultury polskiej, piękne położenie i ładne okolice.

Zjazd był nadspodziewanie liczny — blisko 1700 uczestników.

Zjazd odbył się pod wysokim protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, który też uświetnił Swą obecnością, przyjmując udział ze świtą i licznymi dostojnikami na nabożeństwie w kościele św. Jana, otwarciu Zjazdu i pierwszym wykładzie prof. Leona Marchlewskiego, raucie, wydanym przez miasto oraz jeszcze wykładzie prof. Godlewskiego.

Program każdego dnia Zjazdu był mniej więcej tak ułożony, że zrana odbywało się posiedzenie plenarne z wykładem jednym lub dwoma, które były wygłaszane przez czołowych przedstawicieli naszej nauki, potem odbywały się prace w sekcjach, których zjazd liczył 27, wśród nich i Sekcję Stomatologiczną (22).

Zjazd był zorganizowany wzorowo, biura Zjazdu działały sprawnie, każdy z przybywających uczestników tuż na dworcu kolejowym w biurze po zgłoszeniu się otrzymywał zawczasu dlań przygotowaną kopertę, zawierającą wszelkie niezbędne dokumenty, książkę z programem Zjazdu i licznemi wskazówkami oraz pięknie opracowaną przez prof. Kłosa monografję Wilna. Nie bacząc na to, że Wilno nie jest miastem zbyt wielkiem, i że w owym czasie niezależnie od Zjazdu gościł w niem Pan Prezydent Rzeczypospolitej ze świtą i licznymi dostojnikami, dzięki sprężystej działalności komitetu Zjazdu, pomieszczenie znaleziono dla wszystkich.

22 Sekcja Stomatologiczna, której tu najwięcej uwagi poświęcamy, była nadspodziewanie liczna. Przybyli koledzy ze wszystkich stron Rzeczypospolitej. Najliczniej była reprezentowana Warszawa oraz była Kongresówka, dalej koledzy miejscowi oraz ziem wschodnich, a najsłabiej były zabór pruski.

Pod względem (zgłoszonych (6) i wygłoszonych (5), w tem 1 temat główny, prac naukowych Lwowski Instytut Stomatologiczny

trzymał prym, bowiem zadeklarował 6 referatów, w tem 1 temat główny, z tych 1 nie był wygłoszony z powodu niedyspozycji obecnego na Zjeździe prelegenta (Jankowski). Z Warszawy zadeklarowano 6 referatów, 2 Prof. Wilga, 1 Prof. Meissner (temat główny), który na Zjazd nie przybył, reszta wolni praktycy.

Obrady Sekcji 22 Stomatologicznej rozpoczęto ściśle według czasu, oznaczonego w programie — t. j. czwartek o godz. 4 pp.

Obrady zagaił przewodniczący Sekcji Stomatologicznej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyr. Pol., docent katedry stomatologji Uniw. Stefana Batorego, dr. med. Mancewicz, witając serdecznemi słowy przybyłych na Zjazd kolegów, dziękując członkom miejscowym Sekcji, którzy brali czynny udział w jej organizacji i swą wydatną pracą sprawie publicznej służyli, dalej przewodniczącemu delegacji stałej zjazdów stomatologicznych, prof. Cieszyńskiemu, oraz wszystkim jej członkom za pracę nad zorganizowaniem Sekcji.

Przewodniczącym Sekcji na czas Zjazdu obrano prof. Wilgę z Warszawy, zastępcami: prof. Cieszyńskiego ze Lwowa, prof. Zeńczaka z Warszawy, doc. Mancewicza z Wilna, i lek.-dent. A. Stokowskiego z Warszawy. Na sekretarza generalnego powołano prof. Jarząba z Poznania oraz lekarzy-dentystów Mokrzyckiego i Ujejskiego z Warszawy i Mikulskiego z Wilna.

Na wniosek prof. Cieszyńskiego zebrani powołali na honorowych prezesów Zjazdu prof. Łepkowskiego z Krakowa, nieobecnego prof. Zwierzchowskiego oraz cały szereg profesorów, piastujących katedry stomatologiczne, względnie znanych ze swych prac naukowych w naszej dziedzinie z różnych krajów.

Po ukonstytuowaniu się Prezydjum przewodnictwo objął prof. Wilga i udzielił głosu prof. Cieszyńskiemu, który wygłosił swój referat, będący tematem głównym „Choroby okolicy przyzębnej a ustrój". Prelegent na wstępie zauważa, że cierpienie, które przed 15 laty jeszcze nazywano pyorhoea alveolaris, dziś, gdy poznano bliżej jego istotę, rozszerzanie się na cały zespół, kompleks tkanek, nazywane jest przez autora parodontitis parodontosis. Różni autorzy podają odmienne schematy mianownictwa na określenie tych cierpień; prelegent opracował własny, który podał na XII Zjeździe Lek. i Przyr. Pol. 1925 r. w Warszawie. Etjologja tego cierpienia jeszcze nie wyjaśniona, mimo bardzo obszernych prac, licznych a wszechstronnych badań. Pogląd, że jest to cierpienie pochodzenia miejscowego, nie da się nadal utrzymać; jest to cierpienie przedewszystkiem ustrojowe, powstawanie

i rozprzestrzenianie się zachorzeń tkanek okołozębowych prelegent zobrazował drogą pokazów.

Miejscowe zachorzenia tkanek okołozębowych przebiegają z ropieniem lub bez ropienia, zawsze jednak z mniej lub więcej znacznym zanikiem brzegu kostnego zębodołu. Weski, mając na względzie kierunek posuwania się tego zaniku, wysunął podział na poziomy i pionowy. Prelegent jest zwolennikiem poglądów Gottlieba na sprawę omawianych zachorzeń, często się nań powołuje, przytacza słynny jego podział na schmutzpyorhoe i parodontalpyorhoe. Sprawa zachorzeń tkanek okołozębowych jest dziś w prasie specjalnej bardzo szeroko omawiana, zjawia się rocznie około 100 prac jej poświęconych, niektóre z nich są bardzo obszerne. Prelegent omawia niektóre z nich zwłaszcza Gottlieba, Simonton'a i Box'a. Zachorzenia te powstają przy ciężkich chorobach ustrojowych, chorobach przemiany materji i krwi, zaburzeniach w gruczołach dokrewnych, cierpieniach nerwowych, chorobach kości, zakwaszeniu ustroju, awitaminozach i t. d. Wszystkie sprawy chorobowe, obniżające odporność ustroju obniżają również odporność miejscową tkanek okołozębowych, sprzyjają ich zachorzeniom.

Drugi z kolei przemawiał prof. Wilga, poruszając temat główny „Najpewniejszy sposób leczenia korzeni zgorzelinowych dla przeciętnego praktyka". Prelegent omówił szczegółowo powyższy temat w jego rozwoju historycznym, począwszy od czasów Adolfa Witzla aż do chwili obecnej. Leczenie zęba zgorzelinowego — to bardzo ważny dział dentystyki, to praca, która zajmuje nam niekiedy 2/3 naszego czasu. Przy zębie zgorzelinowym występuje możliwość powikłania sprawy zakażeniem tkanek okołowierzchołkowych. Tu stykamy się z nauką o zakażeniu ustnem (Oral sepsis). Ta, zapoczątkowana w Ameryce przez Huntera w roku 1911 wywołała tam znaczne poruszenie w świecie dentystycznym i dała niektórym specjalistom impuls do 100% usuwania zębów ze schorzałą miazgą. Sprawa leczenia zębów ze zgorzelą miazgi rozwiązana jeszcze nie jest, należy prowadzić doświadczenia nadal. Prelegent bardzo drobiazgowo omawia metody leczenia tych zębów przez poszczególnych autorów zalecane oraz swoją własną, którą podaje jako prosty i pewny sposób, wiodący do celu zwykłego, przeciętnego praktyka. Szczegółów tych tu nie podajemy, żywimy bowiem nadzieję, że praca ta ukaże się na łamach naszego pisma w całej swej rozciągłości.

Trzeci referat, wyznaczony na ten dzień z powodu spóźnionej pory przeniesiono na dzień następny na czas przedpołudniowy.

Drugi dzień obrad Sekcji (piątek) rozpoczął prof. Wilga odczytaniem swej pracy pod tytułem „Komplikacje w jamie ustnej po tyfusie plamistym”. Prelegent, będąc kierownikiem szpitala dla chorych szczękowych w Moskwie w okresie, kiedy dur wysypkowy w Rosji najbardziej się srożył, zebrał bogaty materjał zachorzeń szczękowych w przebiegu tej choroby powstałych. Są to zachorzenia o charakterze ogniskowego obumierania kości, niekiedy bardzo rozległego (necrosis) ze znacznem zniszczeniem otaczających tkanek miękkich.

Drogą uciążliwych i wielokrotnych zabiegów chirurgicznych udało się często osiągnąć zagojenie sprawy i zadawalające wyniki kosmetyczne.

Prof. Cieszyński wystąpił z obszerną pracą p. t. „Historja i przegląd krytyczny operacji resekcji korzenia po 23 latach doświadczenia”. Mówiąc o historji, prelegent wspomina Partscha, Grevego oraz swą pracę o odcinaniu wierzchołka korzenia, umieszczoną w Nr. 1 i 2 Kwartalnika Stomatologicznego w roku 1912, wylicza wprowadzone przez się zmiany, modyfikacje i udoskonalenia w wykonaniu tego zabiegu. Prof. Cieszyński pokazał szereg tablic, zawierających dane statystyczne, wykazujące ilość wypadków z wynikiem pomyślnym oraz stosunek procentowy tych ostatnich do wyników ujemnych. W przypadkach o charakterze przewlekłym traktuje się kanał korzeniowy, jak zwykle, wypełnia się cementem i wycina się wierzchołek korzeniowy. W przypadkach sprawy ostrej z wydzieliną prof. Cieszyński po wycięciu wierzchołka zapełnia wylot korzenia amalgamatem z góry, pozostawiając wypełnienie kanału od strony jamy ustnej na później. Prelegent zebrał bardzo pokaźną liczbę wykonanych przez się zabiegów.

W roku zeszłym na Zjeździe w Krakowie jeden z prelegentów wypowiedział wątpliwości co do trwałości wyników zabiegu wycinania wierzchołka i odniósł się krytycznie do stosowanych metod. Prof. Cieszyński, popierając się na swem wyżej przytoczonem, wieloletniem doświadczeniu, z dużą siłą przekonania i całym naciskiem twierdzi, że zabieg ten daje wyniki dobre i trwałe.

Referat pod tyt. „Kliniczne, rentgenologiczne, anatomo-patologiczne wyniki badań zębów po odcięciu wierzchołka korzenia” wygłosił dotychczasowy współpracownik prof. Cieszyńskiego, a obecnie kierownik kliniki stomatologicznej Uniw, Poznańskiego, zastępca prof. lekarz-dentysta Jarząb. Prelegent na wstępie omawia kierunek włókien ozębnej, podtrzymujący ząb i zauważa, że włókna te, idąc ku wierzchołkowi, przybierają coraz to bardziej ukośny kierunek, zaś przy samym wierzchołku wikłają się, ten kierunek tracą, przestają tedy być elementem, ząb podtrzymującym, że przeto usunięcie tej części korzenia zęba nie

osłabia, raczej, gdy usuniemy stamtąd znajdującą się ewent. ziarninę a na jej miejsce wytworzy się tkanka kostna, nastąpi poprawa warunków. Prelegent dowodził powyższego twierdzenia, pokazując preparaty histologiczne. Zdolność tych zębów do czynności obaj prelegenci sprawdzali zapomocą przyrządu Habera, — wyniki osiągano pomyślne.

Następnie lek.-dent. Jan Gombiński z Warszawy odczytał swą pracę pod tytułem „Spostrzeżenia kliniczne, histo-patologiczne nad ziarnikami okołowierzchołkowemi". Prelegent przeprowdził w 56 przypadkach bardzo sumienne dociekania histo-patologiczne, któremi wykazał skupienia w ziarnikach komórek olbrzymich, wywołane obecnością w ogniskach ciał obcych. Praca ta ukaże się na łamach Przeglądu, przeto jej szczegółowo tutaj nie omawiamy.

Na zakończenie dr. Geyer z Berlina demonstrował film, wykonany przez firmę de Trey, ilustrujący sposób wykonywania dostawek całkowitych przez mistrza Gisiego od zdjęcia wycisku począwszy, aż do włożenia gotowych do ust pacjenta włącznie.

Po przerwie obiadowej pierwszy odczytał swój referat lek.-dent. Blikle — Warszawa pod tyt. „Teoretyczne możliwości zastosowania ciał naświetlanych (fosforyzujących) w zębolecznictwie".

Prelegent ,omówiwszy obszernie własności fizyczne i działanie na ustrój żywy promieni pozaczerwonych i pozafjołkowych, przytacza dane z piśmiennictwa, że promienie o krótkich falach wpływały na ustrój zwierzęcy dobroczynnie nawet przy zastosowaniu pośredniem t. j., gdy podawano im pokarm, poddany uprzednio działaniu promieni pozafjołkowych. Czy nie dałoby się przeto wykorzystać tych sił fizycznych do leczenia tych spraw zapalnych w zębolecznictwie, gdzie dotychczas musieliśmy uciekać się do arsenu, żegadła lub noża: Praca ta będzie wydrukowana w Przeglądzie, przeto tutaj na tej krótkiej o niej wzmiance poprzestaniemy.

Stala delegacja zjazdów stomatologicznych z prof. Cieszyńskiem na czele, wysuwając słusznie sprawy zachorzeń tkanek okołozębowych na Zjazd niniejszy, jako temat główny, usiłowała oświetlić go w naszych warunkach możliwie wszechstronnie. W tym zapewne celu poza prof. Cieszyńskim, który podjął się trudu zreferowania sprawy z punktu widzenia znaczenia jej dla całego ustroju i przedstawić swój sposób leczenia zachowawczego tych zachorzeń również prof. Meissner zadeklarował swą pracę pod tyt. „Metody zachowawcze miejscowe i ogólne leczenia spraw parodontalnych i ich ocena" (temat główny).

Liczne rzesze praktyków i przedewszystkiem praktyków, które na Zjazd ściągnęły, po tym referacie, noszącym tak obiecujący dla

praktyka tytuł, wiele sobie obiecywały. Spodziewano się bowiem powszechnie, że prof. Meissner, kierownik największej w Polsce, jeżeli chodzi o przepływający przez nią materjał, kliniki chirurgiczno-stomatologicznej, podzieli się z zebranymi za Zjeździe kolegami metodami swej pracy, zdobytem doświadczeniem i jego wynikami.

Tymczasem spotkał nas, jak w roku zeszłym w Krakowie, ... zawód.

Prof. Meissner na Zjazd nie przybył, nikogo do wygłoszenia swej pracy zastępczo nie upoważnił i zgoła jej na Zjazd nie nadesłał. A szkoda, w czasie bowiem, gdy praca wre nietylko na zachodzie, lecz nawet utworzony przed niedawnym czasem uniwersytet w Mińsku ogłasza swe prace naukowe z dziedziny stomatologji w piśmiennictwie niemieckiem, gdy pęd do pogłębiania swej wiedzy fachowej wśród kolegów jest żywy, silny i powszechny, a zaciekawienie, jak się co robi, wielkie, Warszawa nie chce wiedzieć, że polskie piśmiennictwo stomatologiczne pod względem prac oryginalnych jest bardzo ubożuchne i że Warszawa leży... na zachód od Mińska.

To też prof. Cieszyński podjął na swe barki cały ciężar omówienia tych spraw, wygłaszając obszerny referat pod tyt. „Mój sposób leczenia. spraw parodontalnych". Gdy mamy podejrzenie, że sprawa nie jest wywołana wyłącznie przez czynniki miejscowe, lecz bierze w tem udział taka czy inna przyczyna, leżąca w ogólnym stanie ustroju, należy chorego skierować do internisty i łącznie z nim prowadzić leczenie dalsze. Prof. Cieszyński obszernie wykłada swój sposób leczenia tych spraw miejscowo: camphenolem, mówi o stosowaniu sulfoaetu, leczeniu masażem, metodą Dunlopa głównie przez wprowadzenie tlenu do kieszonek dziąsłowych, leczenie surowicami, jak Goldenberga, szczepionką własną i tak dalej.

Po prof. Cieszyńskim zabrał głos dr. Mancewicz i odczytał swój referat pod tyt. „Leczenie spraw parodontalnych z zastosowaniem lampy kwarcowej i prądów d'Arsonvala".

Prelegent, omówiwszy fizyczną stronę tych aparatów i własności biologiczne wysyłanych przez nie promieni wzgl. prądów, przytacza przypadki wyleczenia przy pomocy tych aparatów spraw parodontalnych. Prelegent wspomina o obserwowanych przezeń przypadkach odrastania kości brzegu zębodołu. Byłoby interesującem wielce, gdyby te obserwacje znalazły potwierdzenie przy traktowaniu dalszych przypadków, dotychczas bowiem tylko jeden autor amerykański (Box) opisał taki fakt. Jest on przez niektórych autorów podawany w wątpliwość.

Po referacie doc. Mancewicza lek.-dent. A. Mokrzycki odczytał pracę pod tyt. „Lek.-dent. A. Mokrzycki i dr. T. Bartoszek. Zmiany w tkankach okołozębowych u chorych, zmarłych na ostre choroby gorączkowe". Ponieważ praca ta ukaże się w jednym z najbliższych numerów naszego pisma, przeto tutaj poprzestanę tylko na jej zanotowatowaniu.

Po załatwieniu przez Prezydjum kilku spraw natury organizacyjnej, jak: wyłonienie komisji dla przejrzenia statutu zjazdów stotologicznych, omówienie sprawy wyboru delegacji stałej tych zjazdów na miejsce ustępującej, obrady odroczono do dnia następnego.

W sobotę zrana wprowadzono na porządek dzienny referat tylko co przybyłego z Krakowa dra Drozdowskiego, st. asystenta Instyt. Stomatol. Uniw. Jagiellońskiego, pod tyt. „Zachorzenia jamy szczękowej i ich leczenie".

Prelegent przytoczył kilka przez się leczonych przypadków i omawiał swe metody leczenia.

Z kolei wygłosił referat dr. Mancewicz pod tyt. „Zatoki szczękowe w świetle badań anatomicznych (z pokazami odlewów pneumatyzowanych części nosowo-czołowych głowy człowieka z przezroczami).

Prelegent, omówiwszy pokrótce cechy anatomiczne jam szczękowych, pokazał bogaty i ciekawy zbiór odlewów i przezroczy tych jam. Ujrzeliśmy tam, jak istotnie często spotyka się asymetrję między jamami jednej a drugiej strony oraz jak często spotyka się nieprawidłowość w każdej jamie szczękowej w postaci grzebieni, zachyłków, wzniesień, uwypukleń i t. d. Uderzająco często sterczą do jamy korzenie szczękowej drugiego dwuguzkowca, a zwłaszcza pierwszego trzonowca. Byłoby pożądanem, aby ta ciekawa praca, zarówno ze względu na ujęcie tematu, jak w szczególności przebogaty i rzadki zbiór materjału, ukazała się w druku.

Dr. A. Bardaszówna (Lwów Uniw. Jana Kaz.) wygłosiła referat pod tyt. „Przepuszczalność wypełnień tymczasowych w świetle badań bakterjologicznych i barwnikowych" z pokazami epidjaskopowemi.

W tym interesującym z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego referacie autorka, przy pomocy tablic i przezroczy, wykazała, że większość nowych wypełnień tymczasowych (gutaperka, sztuczna zębina Fletschera) przepuszczają w mniejszym lub większym stopniu płyny. Stąd wniosek praktyczny, że mogą przez nie ewentualnie przedostawać się drobnoustroje do naszych sączków czy płynów, zamkniętych niemi w zębie.

Na zakończenie lek.-dent. Gombiński zademonstrował swój wielce interesujący przypadek „ząb w zębie".

Na posiedzeniu popołudniowem (w sobotę) lek.-dent. Ligęza z Inowrocławia odczytał swoje dwa referaty pod tyt.: 1) „W sprawie wprowadzenia i ustalenia w kasach chorych notowań chorób jamy ustnej i zębów". 2) „W sprawie uwzględnienia szczegółowego umieszczenia w statystyce międzynarodowej chorób zębów i jamy ustnej"

Ukazują się one w obecnym zeszycie Przeglądu Dentystycznego.

Dr. Geyer z Berlina demonstrował ustawianie zębów „anatoform" w zgryzadle Gisiego.

Na zakończenie odbyła się dyskusja nad referatem prof. Wilgi „Najpewniejszy sposób leczenia korzeni zgorzelinowych dla przeciętnego praktyka".

Prelegent pokrótce przypomniał treść wygłoszonego w pierwszym dniu Zjazdu referatu, poczem rozwinęła się nad nim obszerna dyskusja, w której zabierali głos liczni z obecnych, bądź wypowiadając swe poglądy na omawianą sprawę, bądź stawiając zapytania.

W dyskusji prof. Cieszyński zauważył, iż przy swym sposobie leczenia opatrunkami nieszczelnemi nie obawia się wystąpień objawów podrażnienia ozębnej. Po zakończeniu prelegent szczegółowo odpowiadał interpelantom.

Po zakończeniu dyskusji prowadzący obrady (Mokrzycki) w serdecznych słowach podziękował zebranym za tak żywy udział w dyskusji, toczonej nad bardzo nas obchodzącym tematem, poczem złożył przewodnictwo na ręce prof. Wilgi, który oddał głos prof. Cieszyńskiemu. Prof. Cieszyński wymownie w gorących słowach dziękował zebranym za przybycie, zachęcał do dalszej pracy, wytrwania, zwłaszcza większego zainteresowania się piśmienictwem rodzimem. Nie może być mowy o rozwoju tego piśmiennictwa, a tem mniej o wydawaniu dzieł obszerniejszych, bez żywego zainteresowania się tą sprawą najszerszych kół kolegów.

Gdyby zebrani mieli jakiekolwiek uwagi czy życzenia, zechcą je kierować do delegacji stałej Zjazdów Stomatol., istniejącej stale; ta wszystko życzliwie rozpatrzy i uwzględni. Nie trzeba będzie uciekać się do narzekań na łamach prasy, jak to miało miejsce po zjeździe. w Krakowie.

Wyłoniona podczas dzisiejszej przerwy obiadowej delegacja stała proponuje odbyć zjazd stomatologiczny za 2 lata we Lwowie, nieza-

leżnie od mającego się odbyć za 4 lata w Poznaniu zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Zebrani powyższą propozycię przyjęli.

Na zakończenie prof. Wilga, podziękowawszy miejscowemu Komitetowi Wileńskiemu za pracę koło przygotowania Zjazdu oraz tym wszystkim, którzy do jego powodzenia się przyczynili, a także uczeuczestnikom Zjazdu, obrady Sekcji zamknął.

Po zamknięciu ukonstytuowała się delegacja stała zjazd. stomat.

Na przewodniczącego wybrano prof. Cieszyńskiego, członkami zostali wszyscy docenci, zaś z pośród organizacji lek.-dent. powołani zostali na członków lek.-dent. Bobrowska — Wilno, dr. Gorczyński ze Lwowa (sekretarz), dr. Cylkowski z Poznania, dr. Wodniecki z Krakowa oraz lek.-dent. Mokrzycki i Ujejski z Warszawy.

A. Mokrzycki.

Oceny

Dr. med KONRAD SZEPELSKI, starszy asystent katedry dentystyki zachowawczej Państw. Inst. Dent. w Warszawie. **Zarys rentgenologji i rentgenodjagnostyki stomatologicznej.** Wydanie pierwsze. Nakładem Dentystycznych Wiadomości Związkowych. 1929.

Wielką zasługą Związku lekarzy-dentystów Państwa Polskiego jest to, że umie w sposób właściwy zużytkować zbierane od członków kapitały. Wydanie niniejszego konspektu rengenologji chlubę mu przynosi. Co prawda można było niektóre rysunki odbić na lepszym papierze, przez co by całość ogromnie zyskała: chodziło jednak naturalnie o pewną oszczędność. Miejmy nadzieję, że skoro koszty pierwszego wydania się zwrócą, w drugiem spotkamy się z szeregiem tablic, na których żaden szczegół niektórych bardzo ciekawych, a jeszcze nieznanych zdjęć, nie zginie.

Zwięzłość stylu pozwoliła autorowi na stosunkowo małej ilości stron (68) pomieścić bardzo dużo materjału, śród którego nie brak i metod własnego pomysłu. Jeśli ze względu na zwięzłość pracy tej nie można uważać za zupełnie wystarczającą dla rentgenologów stomatologicznych, to w każdym razie każdy lekarz-dentysta znajdzie w niej sporo rzeczy ciekawych, mających zastosowanie w codziennej praktyce.

*
* *

Lexikon der gesamten Therapie des praktischen Arztes mit Einschluss der therapeutischen Technik. Wydawnictwo Waltera Marle. Zeszyt 2. Urban & Schwarzenberg. Berlin-Wiedeń.

Nadesłany zeszyt trzeciego wydania tego, naprawdę potrzebnego każdemu lekarzowi, dzieła zawiera na stronach 97—192 artykuły od Asthma bronchiale do Bubo. Dobrze obmyślane rysunki ułatwiają zrozumienie tekstu, który już z samego założenia nie może być zbyt obszerny. Zwracają uwagę choroby oczu, oskrzeli, jamy brzusznej, miednicy, krwi i t. d. Analogicznego wydawnictwa literatura polska dotychczas nie posiada. Wzmiankę o zeszycie pierwszym zamieściliśmy w numerze 3 Przegl. Dent. w r. b. Drugiego zeszytu, niestety, nam nie nadesłano.

Książki nadesłane

Dr. Herbert Meyer. O moczopędnem i rozszerzającem naczynia działaniu Euphylliny w obrzękach i zaburzeniach sercowych, jakoteż o jej własnościach, hamujących krzepnięcie krwi. Str. 24.

Dr. S. Łysakowski. Współczesny stan organoterapji hormonalnej. 1928. Str. 31.

Dr. M. Peker. Wpływ wadliwej przemiany ciał purynowych na powstawanie i przebieg cukrzycy. 1928.

Dr. S. Kramsztyk. Podstawy leczenia żelazem w świetle nowych badań. 1928.

Dr. Ogrodowczyk Józef Badania nad środkami odżywczemi 1929.

Przetwory farmaceutyczne apteki i laborat. chem.-farmaceut. Jana Gessnera. 1929.

Sprawozdanie kasowe Związku Stypendystów za rok 1928.

Dr. M. Goldbaum. Leczenie gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnemi, „Cutivaccin Paul". 1929: str. 30.

Dr. L. Adolf. Coramina. jej działanie i zastosowanie lecznicze.

Sprostowanie.

Na str. 220 wiersz 7 z dołu wydrukowano pomyłkowo „Zawadzkiego" zamiast „Zawadowskiego".

ZAKŁADY GRAF. E. i D-ra K. KOZIAŃSKICH W WARSZAWIE.